

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN



" FACULTAD DE OBSTETRICIA "

**" Desgarro cervical, incidencia, factores predisponentes en
parturientas atendidas en el Hospital Regional de Loreto
Punchana Iquitos.**

Periodo: Abril — Noviembre 1994 "

TESIS

**para optar el título profesional de:
OBSTETRA**

Tesistas :

Bach. Obst. JOSE MANUEL DELGADO BARDALES

Bach. Obst. LESLY TUESTA VELA

Tarapoto — Perú

1995

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

**"DESGARRO CERVICAL, INCIDENCIA, FACTORES
PREDISPONENTES EN PARTURIENTAS ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO PUNCHANA -
IQUITOS.**

PERIODO: ABRIL - NOVIEMBRE 1994".

TESISTAS:

- Bach. Obst. JOSE MANUEL DELGADO BARDALES**
- Bach. Obst. LESLY TUESTA VELA.**

TESIS

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRAS

ASESORES:

- Dr. Néstor Estacio Pino**
- Dr. Javier Vásquez Vásquez**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARCO

FACULTAD DE OBSTETRICIA

DESGARRO CERVICAL: INCIDENCIA, FACTORES
PREDISPONENTES EN PARTURIENTAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO - IQUITOS.
PERIODO ABRIL - NOVIEMBRE 1994

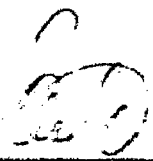
TESISTAS

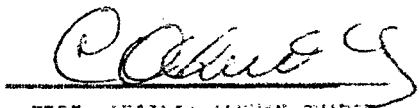
DELGADO BARDALES JOSE MANUEL

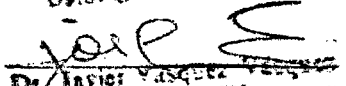
TUESTA VELA LESLY

JURADO CALIFICADOR


DR. JHON GRANDA GRANDA
PRESIDENTE


DR. JHON GRANDA GRANDA


OBST. CECILIA ALVARADO SUAREZ
Hospital Regional de Loreto
Dpto. Cusco Obstetricia


DR. JAVIER VASQUEZ VASQUEZ

ACCION

DEDICATORIA

A MIS QUERIDOS PADRES, HERMANOS Y FAMILIARES QUIENES ME BRINDARON TODO SU CARINO Y AMOR, CUYOS ESFUERZOS FUERON EL ESTIMULO CONSTANTE PARA HACER REALIDAD MI ANHELO DE SER PROFESIONAL.

MANUEL

A MIS PADRES Y HERMANOS, QUIENES ME BRINDARON TODO SU CARINO Y AMOR INCOMPARABLE, Y ME INSENTIVARON A SEGUIR ADELANTE EN MI FORMACION PROFESIONAL.

LESLY

AGRADECIMIENTO

Expresamos nuestro agradecimiento al Dr. Javier Vasquez Vasquez, médico Gineco-Obstetra del Hospital Regional de Loreto así también como a los demás profesionales y personas que laboran en ella, por el apoyo brindado para realizar nuestro trabajo de Investigación en la ciudad de Iquitos.

También a agradezemos a los profesores de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Martín quienes permitieron nuestra formación profesional con su apoyo moral y educativo, así también al Dr. Nestor Estacio Pino y Lic. Pedro Ballena Chumioque quienes asesoraron el presente trabajo.

I N D I C E

	Pág.
I. Introducción	1
II. Objetivo	4
III. Materiales y Métodos	5
IV. Resultados y Discusión	7
V. Conclusiones	38
VI. Recomendaciones	40
VII. Resumen	42
VIII. Referencia bibliográfica	45
IX. Anexos	48

I. INTRODUCCION

Durante la gravidez, el aparato genital está expuesto a sufrir diversas lesiones, particularmente en el curso del parto. Las más frecuentes se dan en el cuello uterino y región vulvoperineal, pero las más graves son las que se producen a nivel uterino supracervical.

Durante el parto, especialmente por vía vaginal, con frecuencia hay desgarros del cuello uterino, acompañadas de hemorragias y de otras consecuencias desfavorables, como las lesiones de los vasos, ramas de la arteria uterina. Por lo general, la hemorragia suele ser profusa y a menudo adquiere un carácter amenazante que puede llegar a formar un hematoma en ésta región, cuyas complicaciones o consecuencias tardías pueden ser: hemorragia grave e infección puerperal, siendo éstas las causas principales de incremento de la morbilidad materna.

Los desgarros del cuello uterino son, generalmente, secuelas de patología durante el parto. Puede ocasionar sangrado abundante dando hemorragias en el puerperio inmediato. Se puede tratar de desgarros únicos o múltiples. Se deben suturar en el post-parto inmediato. Puede que tomen el orificio interno produciendo, posteriormente, incompetencia del orificio interno, que va a condicionar que, luego de las 14 semanas de embarazo, las membranas ovulares se rompan en forma regular hacia todas las direcciones, protuyendo por el cuello, llegando a la vagina y rompiéndose, provocando como consecuencia el aborto inevitable o parto prematuro, etc.

Algunos consideran que la laceración menor de 2.5 cm del cérvix que no sangre no es necesario corregirlo, sin embargo, la cicatrización posterior del cuello es mejor cuando se suturan todos los desgarros, por pequeños que ellos sean. Durante el proceso de curación del desgarro cervical no suturado se forman cicatrices que coadyuvan al ectropión que a su vez da una infla^{ma}ción crónica de la mucosa del canal cervical y erosiones del cuello uterino.

Observándose en la práctica misma el aumento de la incidencia del desgarro cervical en el Hospital Regional de Loreto y no contando con un estudio específico para determinar la incidencia de esta patología, hemos creído conveniente efectuar dicho estudio para así contribuir a

disminuir la morbilidad materna mediante una conducta adecuada para el diagnóstico y tratamiento oportuno de dicha complicación en el post-parto.

El desgarro cervical en el año de 1993, según los datos que se pudo obtener, se dio en 50 parturientas del Hospital Regional de Loreto, lo que hace 3.25% del total de partos, aumentando posiblemente la morbilidad materna en dicha institución.

Mediante el presente estudio pretendemos dar una visión exacta del problema y así contribuir a la ciencia y a la disminución de la morbilidad materna. Con esta finalidad es que nos hemos formulado el siguiente interrogante: ¿El desgarro cervical incrementa la tasa de morbilidad materna?.

II. OBJETIVOS

1.- Generales :

Identificar la incidencia y factores predisponentes del desgarro cervical.

2.- Específicos :

- Determinar la frecuencia del desgarro cervical.
- Identificar los factores predisponentes del desgarro cervical.
- Comprobar la importancia del diagnóstico y reparo del desgarro cervical.
- Determinar la tasa de morbilidad materna por efectos de éste problema.
- Establecer un esquema de conducta para la prevención y/o tratamiento del desgarro cervical.

III. MATERIALES Y METODOS

El presente estudio fue realizado en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional de Loreto-Iquitos. Fueron incluidos todas las puérparas con desgarro cervical entre el 1° de abril-30 noviembre de 1994.

El estudio es de tipo básico-descriptivo prospectivo (5), con muestreo probabilístico, en forma aleatoria con grupos paralelos e intencionados al estudio.

Se uso el diseño descriptivo comparativo :

M₁----- i₁ Grupo con desgarro cervical

M₂----- i₂ Grupo sin desgarro cervical

Las pacientes se seleccionarán paulatinamente en forma involuntaria. Por una paciente que presentó desgarro cervical se cogió una que no tenía ésta patología, al azar, para realizar la comparación; convirtiéndose

dose las pacientes que tenían desgarro cervical en nuestro grupo de estudio comparativo y las que no lo presentarón, nuestro grupo control comparativo.

Se consideraron a todas las parturientas con edad gestacional mayor de 28 semanas por fecha de la última menstruación materna; excluyendo edad gestacional menor de 28 semanas, desgarro cervical con ruptura uterina y cesáreas. Para la recolección de datos se confeccionó un protocolo, se entrevistaron a 48 pacientes con desgarro cervical y el mismo número de pacientes sin desgarro cervical.

Para el análisis estadístico de los datos de morbilidad materna se adoptó fórmulas establecidas por la Organización Mundial de la Salud, así como la distribución estadística χ^2 (chi-cuadrada) para determinar la dependencia del parto vaginal con el número de desgarro cervical.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIONES

CUADRO N° 1

DESGARRO CERVICAL: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ALGUNAS CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LA POBLACION EN ESTUDIO. HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. ABRIL-NOVIEMBRE 1994.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	GRUPOS DE TRABAJO			
	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIM.	
	N°	%	N°	%
EDAD MATERNA				
Menor de 15años	-	0.0	-	0.0
15-19 años	12	25.0	16	33.3
20-34 años	35	72.9	29	60.4
35-40 años	01	2.1	02	4.2
Mayor de 40 años	-	0.0	01	2.1
TOTAL	48	100.0	48	100.0
GRADO DE INSTRUCCION				
Analfabeta	-	0.0	-	0.0
Primaria	14	29.2	19	39.6
Secundaria	29	60.4	27	56.2
Superior	05	10.4	02	4.2
TOTAL	48	100.0	48	100.0
ESTADO CIVIL				
Casada	19	39.6	11	22.9
Soltera	09	18.8	05	10.4
Conviviente	20	41.6	32	66.7
Viuda	-	0.0	-	0.0
TOTAL	48	100.0	48	100.0
PROCEDENCIA				
Rural	03	6.2	02	4.2
Urbano	36	75.0	37	77.2
Urbano-marginal	09	18.8	09	18.8
TOTAL	48	100.0	48	100.0
CLASE SOCIAL				
Baja	27	56.2	24	50.0
Media	21	43.8	24	50.0
Alta	-	0.0	-	0.0
TOTAL	48	100.0	48	100.0
PARIDAD				
Primípara	24	50.0	28	58.3
Múltipara	21	43.3	19	39.6
Gran múltipara	03	6.2	01	2.1
TOTAL	48	100.0	48	100.0
C.P.N.				
SI	25	52.1	16	33.3
NO	23	47.9	32	66.7
TOTAL	48	100.0	48	100.0
PERIODO DE TRABAJO PARTO				
No trabajo parto	04	8.3	02	4.2
Prodromos de trab. parto	01	9.1	06	12.5
Fase latente	10	20.8	08	16.6
Fase activa	25	52.1	24	50.0
Expulsivo	08	16.6	08	16.6
Alumbramiento	-	-	-	-
TOTAL	48	100.0	48	100.0

La distribución de una población según sus características demográficas están en función de la natalidad (que disminuye) y de la longevidad (que aumenta); la muestra de nuestro estudio es de dos grupos que se caracterizan porque predomina una edad de 20-34 años, con educación secundaria y de estado civil conviviente de procedencia urbana, baja condición social; la mayoría tuvo un hijo, con la diferencia que el grupo control de nuestro estudio realizó control prenatal, mientras que el grupo experimental no lo hizo. Predominó en el trabajo de parto, la fase activa.

Habiéndose encontrado las pacientes en fase activa de trabajo de parto para la obtención de datos, así como para el manejo y control de ella misma, podemos afirmar que hubo influencias externas que conllevaron al desgarro cervical, siendo una de estas, la intervención del profesional.

Estas influencias externas se debieron a las siguientes:

- Dilatación manual (método Fergusón)
- Pasaje de la cabeza fetal por un cuello no dilatado totalmente.
- Dosis masiva de oxitocina
- Pujos prematuros
- Mala nutrición cervical
- Cérvix rígido
- Infección cérvico-vaginal.

Pacheco (9) dice: "con el fin de que la gestante acceda al parto, la madre es preparada durante el embarazo para disminuir su temor y ansiedad; dicha preparación se da en el control" Por otro lado, "Vidal (15) señala, "las depresiones son más frecuentes en primíparas que en multíparas". Comparando con nuestra investigación obtenemos que la mayoría de pacientes son primíparas, sin control prenatal en el grupo experimental, por lo cual consideramos a estas características demográficas como factores predisponentes del desgarro cervical.

CUADRO N° 2

DESGARRO CERVICAL: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGUN TIPO DE DESGARRO CERVICAL. HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. ABRIL-NOVIEMBRE.1994.

TIPO DE DESGARRO CERVICAL	GRUPO EXPERIMENTAL	
	N°	%
Esponáneo	7	14.6
Artificial	41	85.4
TOTAL	48	100.0

El desgarro cervical según Mongrut Steane (7) se asocia al mal manejo profesional, en la desproporción céfalo-pélvica, anomalías del canal de parto en relación al feto. En nuestra investigación el desgarro cervical que presentó mayor porcentaje (85.4%) fue el de tipo artificial (cuadro N°2), lo que concuerda con Mongrut que afirma que éste tipo de desgarro cervical se debe a influencias externas.

En el período de estudio (1994) se atendieron un total de 1287 partos vaginales, de los cuales 48 hicieron desgarro cervical, obteniéndose una frecuencia porcentual de 3.73 del total de partos vaginales mientras en el año de 1993, en el Hospital Regional de Loreto se encontró una frecuencia porcentual de 3.25 del total de partos. Significa esto que hubo un incremento de la frecuencia de desgarro cervical en el año de 1994, habiendo aumentado la morbilidad materna durante el período de estudio.

CUADRO N° 3

DESGARRO CERVICAL: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN ANTECEDENTES MATERNOS. HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. ABRIL-NOVIEMBRE 1994.

ANTECEDENTES MATERNOS	GRUPOS DE TRABAJO			
	GRUPO N°	CONTROL %	GRUPO EXPERIM. N°	%
Placenta previa	01	1.5	01	1.6
D.P.P.	-	0.0	01	1.6
Traumatismos	-	0.0	01	1.6
Toxemia	10	15.6	11	17.4
R.P.M.	01	1.5	03	4.7
Amenaz. parto premat.	01	1.5	01	1.6
Abortos	12	18.7	03	4.7
Diabetes	-	0.0	-	0.0
Hipertensión	01	1.5	01	1.6
Hiperemesis gravídica	04	6.3	-	0.0
Tto por infertilidad	-	0.0	-	0.0
Alterac. uterinas	-	0.0	-	0.0
Desgarro cervical	01	1.5	-	0.0
Macrosomía fetal	02	3.1	01	1.6
Leucorrea	10	15.6	19	30.2
Cesareada ant.	01	1.5	-	0.0
Cirugía previa	-	0.0	-	0.0
I.T.U.	01	1.5	02	3.2
Ninguna	19	29.7	19	30.2
TOTAL	64(*)	100.0	63(*)	100.0

* El número total de casos no concuerda con el tamaño de la muestra porque una gestante ha presentado más de un antecedente.

Al revisar éste cuadro podemos deducir que los antecedentes maternos predominantes en el grupo control fueron la toxemia, abortos y leucorreas, mientras que en el grupo experimental predomina la toxemia y leucorrea.

Se puede afirmar que los problemas previos maternos ya mencionados serían factores predisponentes del desgarro cervical los cuales se debe prevenir o tener presente

para solucionar éste problema. La toxemia acelera el trabajo de parto produciendo una estimulación de la actividad uterina (7), aumentando la posibilidad de causar daño del tejido cervical (desgarro) al igual que las infecciones por agentes patógenos (13).

Diversos autores (10, 11, 13) suponen que las bacterias que infectan el cuello uterino cambian las características del tejido, haciéndolo hiperémico, fácilmente sangrante, friable, doloroso y al ser expuesto a un parto normal existe mayor posibilidad de desgarro; además al ser invadida la sangre, el parametrio y los paracolpos, por gérmenes patógenos. El más leve desgarro de cuello uterino puede servir de puerta de entrada a una septicemia mortal en el alumbramiento.

Analizando el cuadro N° 3 podemos apreciar que el aborto se dio en un 4.7% en el grupo experimental, en relación al grupo control que fue de 18.7% y al revisar la literatura de Mongrut Steane (7) encontramos al legrado uterino que es uno de los tratamientos del aborto que tiene como complicación al desgarro cervical producido por la pinza de prehesión del cuello uterino y la tracción de éste, ya sea porque el cuello es muy blando o la tracción es muy intensa, lo que permite pensar en el aborto como un factor predisponente del desgarro cervical.

CUADRO N° 4:

DESGARRO CERVICAL: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN
COMPLICACIONES ASOCIADAS AL TRABAJO DE PARTO. HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO. ABRIL-NOVIEMBRE 1994.

COMPLICACIONES ASOCIADAS	GRUPOS DE TRABAJO			
	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIM.	
	N°	%	N°	%
Hiperactividad	01	1.5	02	1.9
Cérvix rígido	01	1.5	06	5.8
Friabilidad cervical	03	4.4	07	6.8
Edema cervical	03	4.4	19	18.4
Mala nutrición cerv.	-	0.0	02	1.9
Método Fergusón	12	17.6	21	20.4
Versión externa	-	0.0	-	0.0
Método Kristeller	08	11.8	11	10.7
Expulsivo mal conduc.	-	0.0	03	2.9
Edema vulvar	-	0.0	04	3.9
Versión interna	-	0.0	-	0.0
Trabajo parto prolong.	16	23.5	20	19.4
Parto precipitado	-	0.0	-	0.0
Mal formac. fetales	-	0.0	-	0.0
Ninguno	24	35.3	08	7.8
Otro	-	0.0	-	0.0
TOTAL	68(*)100.0		103(*)100.0	

* El número total de casos no concuerda con el tamaño de la muestra porque una gestante presentó una o más complicaciones asociadas en el trabajo de parto.

Las complicaciones asociadas al desgarro cervical, para ambos grupos se dio cuando el trabajo de parto fue prolongado y se ha empleado el método de Ferguson, el que consiste en la dilatación manual del cuello uterino con la finalidad de acelerar el trabajo de parto.

Puede observarse que en el grupo experimental ha jugado un papel importante el hecho que las gestantes presentaron edema cervical en un 18.4%. El cuello edematoso puede quedar atrapado entre la cabeza del feto y la sínfisis del pubis, experimentando necrosis y desgarro del mismo (2, 10).

Analizando el presente cuadro, se observa en porcentaje decreciente: método Kristeller (10.7%), friabilidad cervical (6.8%), cérvix rígido (5.8%) y expulsivo mal conducido (2.9%), que son factores predisponentes de desgarro cervical en la literatura (3, 12, 2, 10, 7) los cuales pueden prevenirse o tener presente para evitar la patología.

CUADRO N° 5:

DESGARRO CERVICAL: DISTRIBUCION PORCENTUAL, DE LA MEDIDA DEL DESGARRO CERVICAL. HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. ABRIL-NOVIEMBRE 1994.

MEDIDA DEL DESGARRO CERVICAL	GRUPO DE TRABAJO	
	GRUPO EXPERIMENTAL	
	N°	%
Menor de 1cm.	-	0.0
1cm - 2cm	13	27.1
3cm - 4cm	31	64.6
5cm - más	04	8.3
TOTAL	48	100.0

En el cuadro N° 2, el desgarro artificial producido en las pacientes de nuestro estudio fue de 85.4% comprobándose, en el cuadro N°5 que el tamaño del desgarro justifica este tipo de desgarro, que en su mayoría alcanzó una longitud de 3 a 4 cm, (64,6%), en menor porcentaje de 1 - 2 cm, equivalente a 27.1% y de 5cm a más un 8.3%.

Siendo en su mayoría desgarros de un tamaño no mayor de 4 cm de longitud, podemos asegurar que estos se suturaron con mayor facilidad. Para desgarros mayores hay que tener presente que lo importante del tratamiento no es su

coaptación cuidadosa, sino la sutura circular de la rama desgarrada de la arteria uterina que evitará la hemorragia (11, 12) y coadyuvará a la cicatrización normal del cuello.

Schwartz y Col. (12) mencionan que el 93% de primíparas presentan desgarro durante el parto, siendo en su mayoría infravaginales; ésto se comprueba por la longitud del desgarro encontrados en nuestro estudio.

CUADRO N° 6:

DESGARRO CERVICAL: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS COMPLICACIONES POST-PARTO. HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. ABRIL-NOVIEMBRE 1994.

COMPLICACIONES POST-PARTO	GRUPOS DE TRABAJO			
	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIM.	
	N°	%	N°	%
Hemorragia	03	5.9	20	18.5
Choque hipovolémico	-	0.0	04	3.7
Desgarro cervical	-	0.0	48	44.4
Desgarro vaginal	04	7.8	06	5.6
Desgarro perineal	05	9.8	05	4.6
Hematoma retroplac.	03	5.9	-	0.0
Atonía uterina	-	0.0	02	1.9
Retenc. restos plac.	-	0.0	02	1.9
Ninguna	36	70.6	21	19.4
TOTAL	51(*)	100.0	108(*)	100.0

* El número total de casos no concuerda con el tamaño de la muestra porque un paciente presentó más de una complicación post-parto.

Como es conocido, el grupo control, de nuestro estudio no tuvo desgarro cervical; en cambio el grupo experimental lo presentó, siendo mayormente artificial. La complicación post-parto más notoria, según el cuadro N° 6, en el grupo experimental fue la hemorragia e inclusive se dio el choque hipovolémico en un 3.7% del total de pacientes, aumentando la morbilidad materna. Cabe mencionar, así mismo, que no se registró muerte materna por ésta patología en el período de estudio.

Por otra parte, el grupo control presentó como complicación más saltante el desgarro perineal; en el caso del grupo experimental se presentó la retención de restos placentarios y atonía uterina en menor porcentaje (1.9%).

Se puede afirmar que al encontrar un desgarro cervical la complicación más saltante en el post-alumbramiento es la hemorragia con un útero bien contraído, que puede llevar a choque hipovólémico y debemos prevenirlo oportunamente. ESCHYREMBEL (11) refiere que no raras, veces a falta de fibrogenemia, existe al mismo tiempo atonía uterina, complicación encontrada en nuestro estudio (1.9%).

CUADRO Nº 7

DESGARRO CERVICAL: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN EDAD
GESTACIONAL MATERNA. HOSPITAL REGIONAL DE LORETO.
LORETO. ABRIL - NOVIEMBRE 1994

EDAD GESTIONAL	GRUPO EXPERIMENTAL				
	DESGARRO CERVICAL			TOTAL	
	UNICO	DOBLE	TRIPLE	Nº	%
28 - 32 sem.	-	-	-	0	0.0
33 - 36 sem.	02	-	-	2	4.1
37 - 41 sem.	30	10	03	43	89.6
Mayor 41 sem.	03	-	-	3	6.3
TOTAL	35	10	03	48	100.0

Al analizar el cuadro Nº 7 observamos que la mayor frecuencia de desgarro cervical se dio en mujeres con edad gestacional de 37 - 41 semanas pudiendo ser éste único, doble o triple.

Examinando que la mayoría de gestantes de nuestro estudio tuvieron un solo desgarro del tipo artificial, deducimos que a dicha edad gestacional el feto alcanza su mayor desarrollo corporal que al pasar por el canal del parto puede ocasionar desgarro, ya sea por alteraciones en su desarrollo y/o presentación.

Vidal (15) divide al embarazo en tres trimestres con características propias para cada uno, siendo el tercer trimestre el "de la realidad", donde la grávida se enfrenta con algo irreversible: su parto es inminente y surge la ansiedad. Con el miedo al dolor expresa también terror ante lo desconocido, por lo que afirmamos que la edad gestacional con la psicosis emocional de la paciente predisponen al desgarro cervical.

CUADRO Nº 8:

DESGARRO CERVICAL: DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PARTO
VAGINAL. HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
ABRIL - NOVIEMBRE 1994

PARTO VAGINAL	GRUPO EXPERIMENTAL DESGARRO CERVICAL			TOTAL	
	UNICO	DOBLE	TRIPLE	Nº	%
Normal	11	03	01	15	31.3
Estimulado	18	06	01	25	52.3
Inducido	01	01	-	02	04.2
Instrumentado	03	-	-	03	06.2
Podálico	02	-	01	03	06.2
TOTAL	35	10	03	48	100.0

En el cuadro Nº 8, al aplicar la distribución χ^2 con un nivel de significancia del 5% se demuestra que la modalidad de parto vaginal es independiente del número de desgarro cervical de una parturienta, es decir, no existe diferencia significativa ante la modalidad de parto vaginal y el número de desgarro (anexo 1). Al observar el total de desgarro cervical el mayor número se originó cuando el parto fue estimulado. PRITCHARD y COL. (10), refieren que es probable que esta patología se presente en mujeres grávidas que recibieron dosis masivas de oxitocina.

El parto vaginal instrumentado, así como el podálico presentaron el mismo porcentaje (6.2%). A pesar de su baja frecuencia son factores que predisponen al desgarro cervical según la literatura (7,10,11).

CUADRO Nº 9:

DESGARRO CERVICAL: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN
 PERIODO INTERGENESICO. HOSPITAL REGIONAL DE LORETO.
 ABRIL - NOVIEMBRE 1994

PERIODO INTERGENESICO	GRUPO EXPERIMENTAL DESGARRO CERVICAL			TOTAL	
	UNICO	DOBLE	TRIPLE	Nº	%
Menor de 2 años	09	-	-	09	18.8
De 2-5 años	04	04	01	09	18.8
Mayor de 5 años	04	-	-	04	8.3
Ninguno	18	06	02	26	54.1
TOTAL	35	10	03	48	100.0

Al analizar el cuadro Nº 9 deducimos que las gestantes que no tuvieron período intergenésico presentaron desgarro cervical único, doble o triple, siendo un total de 26 casos (54.1%), representando el mayor porcentaje del número de pacientes sometidas a estudio. También se presentó desgarro único, doble o triple cuando el período intergenésico estuvo comprendido de 2 a 5 años y menor de 2 años en bajo porcentaje. Siendo mucho menor el riesgo en período intergenésico mayor de 5 años (8.3%).

Las pacientes primíparas, en su mayoría, oscilan en una edad de 20 a 34 años, con una edad gestacional de 37 - 41 semanas y debido a la primera experiencia de un parto vaginal la rigidez de sus tejidos predisponen a sufrir desgarro cervical (12,2), en su mayoría de tipo artificial, según el estudio realizado.

Afirmamos que no tener período intergenesico es un factor predisponente del desgarro cervical sin encontrarlo en la literatura.

CUADRO Nº 10:

DESGARRO CERVICAL: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN ESTADO EMOCIONAL DE LA PACIENTE. HOSPITAL REGIONAL DE IQUITO. ABRIL - NOVIEMBRE 1994.

ESTADO EMOCIONAL	GRUPO EXPERIMENTAL				
	DESGARRO CERVICAL			TOTAL	
	UNICO	DOBLE	TRIPLE	Nº	%
Desesperada	08	01	03	12	25.0
Tranquila	10	03	-	13	27.1
Intranquila	07	02	01	10	20.8
Ansiosa	05	02	-	07	14.6
Indiferente	-	-	-	00	00.0
Agotamiento físico	04	02	-	06	12.5
TOTAL	35	10	03	48	100.0

Así mismo, el cuadro Nº 10 nos permite ver que el estado emocional es uno de los factores influyentes que puede producir el desgarro cervical. Se observa que si la paciente hubiera tenido un estado de ánimo favorable, no se originaría desgarro, como predominó parcialmente en las gestantes de estudio (35 de 48 casos = 72.9%). En este cuadro notamos que la ansiedad, intranquilidad y desesperación, son factores que predisponen al desgarro cervical.

El embarazo, el parto y el puerperio constituyen otras tantas etapas críticas en la vida de la mujer,

durante las cuales ésta experimenta notables cambios neuroendocrinos, psicosociales y existenciales. No es de extrañar, pues que si hay una disposición previa al desorden mental, éste sobrevenga precisamente en razón de tales cambios, en forma de ansiedad y depresión.

En conjunto, las depresiones son más frecuentes en las primíparas que en las múltiparas cuando el parto es inminente. En este momento surgen las tres ansiedades: miedo al dolor, al hijo deforme y a morir en el parto. En este aspecto, la preparación psicoprofiláctica para el parto en el control Prenatal ha demostrado su real valor, porque calma este tipo de ansiedad con la información que brinda.

Vidal (15) dice: "pero ¿por qué no pensar que el temor a que su hijo la desgarre, a desprenderse de él y, al mismo tiempo la perspectiva de compartirlo con los demás, sean factores influyentes en el estado emocional de la paciente?". Por los resultados de nuestra investigación podemos afirmar que el estado emocional de la paciente influye en el desgarro cervical.

CUADRO Nº 11:

DESGARRO CERVICAL: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO. HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. ABRIL - NOVIEMBRE 1994.

MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	GRUPO DE TRABAJO			
	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTO	
	Nº	%	Nº	%
Adalat	05	8.9	08	12.7
Syntocinon	34	60.7	36	57.1
Flocinon	03	5.4	05	7.9
Gravol	-	0.0	-	0.0
Anestesia raquídea	-	0.0	02	3.2
Diazepam	-	0.0	02	3.2
Atropina	-	0.0	02	3.2
Ninguno	14	25.0	08	12.7
TOTAL	56	100.0	63	100.0

* El número total casos no concuerda con el tamaño de la muestra porque a una paciente se le suministró más de un medicamento.

En el cuadro Nº 11 puede observarse que las gestantes de nuestro estudio se les administró Syntocinon (estimulante de la actividad uterina) en ambos grupos, comprobándose con el cuadro número 8 donde se obtuvo la mayor cantidad de pacientes con parto estimulado.

Podemos notar que el medicamento se suministró al grupo control en 60.7% y al grupo experimental en 57.1%, sin notarse diferencia porcentual significativa; pero

este porcentaje comprueba que el mal uso de oxitocina es un factor de riesgo para el desgarro cervical, según nuestra investigación al igual como la señala Pritchard (10).

A pocas gestantes se les administró Adalat, anestesia raquídea, diazepam y atropina (antihipertensivo, anestésico regional tranquilizante menor, relajante muscular respectivamente) los cuales por su principio activo único o múltiple, no nos permite precisar si influyó o no en el desgarro cervical.

CUADRO Nº 12:

DESGARRO CERVICAL: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN UBICACION DEL DESGARRO CERVICAL (MANECILLAS DEL RELOJ). HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. ABRIL - NOVIEMBRE 1994.

UBICACION DEL DESGARRO CERVICAL SEGUN EL RELOJ	GRUPO DE TRABAJO	
	GRUPO	EXPERIMENTAL
	Nº	%
1	02	3.1
2	02	3.1
3	11	17.2
4	05	7.8
5	04	6.2
6	14	21.9
7	08	12.5
8	02	3.1
9	11	17.2
10	01	1.6
11	01	1.6
12	03	4.7
TOTAL	64 (*)	100.0

* El número total de casos no concuerda con el tamaño de la muestra porque un paciente ha presentado desgarro cervical único, doble o triple.

Del cuadro N^o 13, se infiere que el desgarro cervical se dio con mayor frecuencia entre las 6, 3 y 9, según las agujas del reloj respectivamente, lo que concuerda con la literatura (1) que indica a las 6 y 9 como lugar de mayor desgarro; pero podemos afirmar en nuestro estudio que la mayor frecuencia se dio a nivel de las 6, siendo poco menos frecuente a nivel de las 3 y 9, según las agujas del reloj. Comparando estos resultados con el cuadro N^o 1 se deduce que la mayoría de pacientes eran primíparas, las cuales, por una rigidez del cuello uterino hacen un ligero desgarro normal a nivel de las comisuras de éste, entre las 3 y 9, pero este pequeño desgarro que cambia la estructura anatómica del cuello puede ser el inicio para alcanzar un tamaño mayor de la discontinuidad del tejido cervical.

CUADRO Nº 13

DESGARRO CERVICAL: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN PESO DEL RECIEN NACIDO. HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. ABRIL - NOVIEMBRE 1994.

PESO DEL RECIEN NACIDO	GRUPO EXPERIMENTAL				
	DESGARRO CERVICAL			TOTAL	
	UNICO	DOBLE	TRIPLE	Nº	%
1000 - 1499 gr	--	--	--	--	--
1500 - 1999 gr	--	--	--	--	0.0
2000 - 2499 gr	04	02	01	07	14.6
2500 - 2999 gr	08	02	01	11	22.9
3000 - 3499 gr	10	02	01	13	27.1
3500 - 4000 gr	11	03	--	14	29.2
Mayor - 4000 gr	02	01	--	03	6.2
TOTAL	35	10	03	48	100.0

En el presente cuadro se confirma que, conforme va aumentando el peso del recién nacido, la frecuencia del desgarro es ascendente, alcanzando un mayor porcentaje (56.3%) entre el peso de 3000 a 4000 gr. Comparando con el cuadro Nº 7, donde la edad gestacional de 37 a 41 semanas alcanzó mayor porcentaje de desgarro cervical ya sea único, doble o triple. Se comprueba que a mayor peso del recién nacido, mayor es el riesgo que se produzca desgarro cervical.

La literatura (3,7,12) refiere que el tamaño exagerado del feto, feto voluminoso o feto grande es capaz de producir desgarro cervical, lo que permite asegurar que el feto macrosómico es capaz de producir desgarro cervical, que en el presente estudio sólo se dio en un 6.2%.

CUADRO Nº 14:

DESGARRO CERVICAL: DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO. HOSPITAL REGIONAL LORETO.

ABRIL - NOVIEMBRE 1994.

CARACTERISTICAS RECIEN NACIDO	GRUPO DE TRABAJO			
	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERI.	
	Nº	%	Nº	%
SEXO				
Femenino	29	58.0	21	43.7
Masculino	21	42.0	27	56.3
TOTAL	50	100.0	48	100.0
TALLA				
Menor 45 cm	02	4.0	03	6.2
45 - 55 cm	48	96.0	45	93.8
Mayor 55 cm	-	0.0	-	0.0
TOTAL	50	100.0	48	100.0
GRADO DE ASFIXIA				
Leve	44	88.0	39	81.0
Moderado	04	8.0	02	4.0
Grave	01	2.0	04	8.3
Obito	01	2.0	03	6.3
TOTAL	50	100.0	48	100.0
E.G. POR EXAMEN FISICO				
Adecuado para E.G.	47	94.0	40	83.3
Pequeño para E.G.	02	4.0	04	8.3
Grande para E.G.	01	2.0	04	8.3
TOTAL	50	100.0	48	100.0
DISMORFISMO				
Macrocefalia	---	---	---	---
Hidrocefalia	---	---	---	---
Anencefalia	---	---	---	---
Polidactilia	---	---	---	---
Pie zambo	---	---	---	---
Genovarum	---	---	---	---
Ninguno	50	100.0	48	100.0
TOTAL	50	100.0	48	100.0

Según las características del recién nacido de nuestra población en estudio observamos en el cuadro N° 14, que en el grupo control predomina el sexo femenino (58.0%) y en el grupo experimental el masculino (56.3%). La talla en ambos grupos oscila entre 45 y 55 cm, que en su mayoría presentaron asfixia leve, que según el examen físico fueron adecuados para la edad gestacional, en ambos grupos. En el grupo experimental se observó que el 8.3% fueron grandes para la edad gestacional, aumentando estos los riesgos de desgarro cervical por su mayor desarrollo físico. No se evidenció alguna malformación congénita (dismorfismo).

De esto deducimos que el sexo masculino es un factor de riesgo en comparación con el sexo femenino, porque alcanza mayor desarrollo físico y antropométrico; el grado de asfixia neonatal no tuvo que ver con el desgarro cervical.

Al no observar ninguna malformación, tal vez por un corto tiempo de estudio, no podemos deducir que pueda o no influenciar en el desgarro cervical, pero la literatura (2,7) nos refiere que las malformaciones fetales y anomalías de la presentación pueden causar este problema por lo que se recomienda tenerlos presente para prevenir el desgarro cervical.

ESQUEMA DE CONDUCTA PARA PREVENCIÓN
Y/O TRATAMIENTO DEL DESGARRO DE
CUELLO UTERINO

1. Vía con oxitócicos.
2. Diagnóstico: Se realiza en el puerperio inmediato, y se ha de sospechar cuando la hemorragia continúa a pesar de la buena contracción uterina.

Para el diagnóstico definitivo de la localización y extensión del desgarro es indispensable visualizar el cuello uterino. La iluminación adecuada, un ayudante, valvas vaginales, dos pinzas Foester y suficiente cantidad de gasa son necesarias. Con las pinzas se va recorriendo el cuello uterino sujetando sus bordes y traccionándola sucesivamente hasta inspeccionar completamente toda la superficie, preferencialmente las comisuras que son las partes donde existe mayor desgarro.

3. Traquelorrafia, hay que hacerle de prisa y con tranquilidad y sin precipitación. El material de sutura es: catgut crómico 2/0, pinza portaaguja, aguja de sutura curva atraumática y el cierre se puede efectuar con puntos continuos (surget cruzado) o separados (ptos. no más de 0.5 cm de distancia)

según la extensión e intensidad de la hemorragia. El cierre debe comenzar un poco por detrás del ángulo superior del desgarró (ubicación del vaso retraído) hasta el borde del cuello. En casos de desgarró extensos el primer punto de sutura se da en aquella parte del desgarró que se pueda alcanzar con comodidad y de alcanzar todo el espesor del cuello. Si es posible hay que cargar mucho tejido, dejar hilo largo y tirando de él atraer la parte del desgarró situado por encima para suturarlo.

4. Para que la sutura no sea dolorosa:

- Comprimir el útero a través de la pared abdominal hacia el interior de la pelvis.
- Tomar el labio anterior del cuello con una pinza y traccionarlo hacia fuera de la vagina.
- Tomar el labio posterior (previa colocación de valvas) y atraerlo hacia fuera; de ésta manera el desgarró se visualiza.

5. Profilaxis antibiótica (ampicilina 500 mg v.o C/6hr x 5 días) y consejería de higiene vaginal con sustancias desinfectantes.

6. Cita a consulta a los 10 días post. parto para su control.
7. Realizar la sutura del desgarro cervical en un centro especializado y no en domicilio.

V. CONCLUSIONES

1. La incidencia del desgarro cervical en el hospital Regional de Loreto; período abril - noviembre 1994, es de 3.73%, de tipo artificial.
2. Durante el presente trabajo se considera como factores predisponentes a: las primíparas, falta de control prenatal, toxemia, leucorreas, trabajo de parto prolongado, método de Ferguson, edema cervical, edad gestacional de 37 - 41 semanas, estimulación del trabajo de parto, alteraciones del estado emocional de la paciente, peso del recién nacido (3500 - 4000 gr), recién nacido sexo masculino.
3. El desgarro cervical alcanzó una longitud de 3 - 4 cm siendo el mayor porcentaje 64.6% del total, ubicándose según las manecillas del reloj entre las 6,3 y 9 en orden de precedencia.

4. La modalidad de parto vaginal es independiente del número de desgarro cervical, en una parturienta.
5. El diagnóstico y reparo oportuno del desgarro cervical disminuye la morbilidad materna porque evita las complicaciones de hemorragia y/o choque hipovolémico en la paciente.
6. La tasa de morbilidad materna hospitalaria por desgarro cervical, durante el periodo de estudio, es de 37 x 1000 partos vaginales. No hubo muerte materna.

VI. RECOMENDACIONES

De acuerdo a nuestro estudio realizado podemos dar las siguientes recomendaciones:

1. Para disminuir la incidencia de desgarro cervical es fundamental mejorar nuestros servicios haciendo hincapié en la educación de las primigestas, en el C.P.N. y/o atención del parto.
2. Después de toda versión seguida de extracción, y de toda intervención durante el período expulsivo, se debe examinar el cuello por si existiese desgarro cervical.
3. No permitir pujar a las parturientas antes que el cuello uterino se haya dilatado por completo.

4. Suturar todo desgarró cervical, por más pequeño que estos sean para evitar complicaciones tardías: cervicitis, ectropión, leucorreas persistentes, deformación cervical, etc.
5. Se recomienda la reparación y el tratamiento del desgarró cervical, siguiendo el esquema establecido.

VII. RESUMEN

Se realizó el presente estudio de carácter básico descriptivo-prospectivo en el Hospital Regional de Loreto-Iquitos entre abril-noviembre de 1994 para conocer la incidencia y factores predisponentes del desgarro cervical tomando como muestra a 96 pacientes divididas en dos grupos por igual, tanto para el grupo control y experimental con la finalidad de sugerir pautas para la prevención y/o tratamiento.

La incidencia de desgarro cervical encontrado en ocho meses de estudio fue de 3.73% de 1237 partos vaginales, una tasa de morbilidad de 37 x 1000 partos vaginales. No se registraron muertes maternas.

Los casos en estudio fueron seleccionados de acuerdo a ciertos criterios utilizados, describiéndose las características demográficas, encontrándose que el mayor grupo de pacientes estuvo concentrado en edades de 20-34 años

de edad, educación secundaria, estado civil conviviente, procedencia urbana, baja condición social, en su mayoría primíparas, con la diferencia que el grupo testigo tuvo control prenatal, mientras que el grupo experimental no lo hizo.

En el parto vaginal se logró determinar como factores de riesgo materno, fetales y mecánicos los siguientes: falta de control prenatal, primíparas, toxemia, leucorreas, trabajo de parto prolongado, método de Ferguson, edema cervical, edad gestacional 37-41 semanas, estimulación del trabajo de parto, alteraciones del estado emocional de la paciente, peso del recién nacido, recién nacido de sexo masculino.

Las complicaciones post-parto observados en las pacientes con desgarro cervical fueron: hemorragias (18.5%) complicándose con choque hipovolémico en 3.7%.

Posteriormente, al analizar utilizando la Prueba estadística Chi cuadrado (χ^2) no se encontró relación directa entre la modalidad de parto vaginal y el número de desgarro cervical. Se encontró un desgarro cervical de 3-4 cm de longitud en mayor porcentaje ubicándose según las manecillas del reloj entre las 6 horas.

Los resultados demuestran que en 1994 se dio en el Hospital Regional de Loreto una mayor incidencia de desgarro cervical comparando con el año anterior, aumentando la morbilidad materna por poner en peligro la vida de la madre e identificándose lo importante del diagnóstico y/o tratamiento oportuno.

VIII. — REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- BENSON, R. C. y Col.: Diagnóstico y tratamiento Gineco Obstétrico. México. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. 5a Edición. 1989. Pág 653.
- 2.- BODIAZHINA.: Manual de Obstetricia. Tomo I. 1988
Pág. 423.
- 3.- BOTERO U. Jaime y Col: Obstetricia y Ginecología. Colombia. Editorial Carvajal S.A. 4a Edición. 1990. Pág 784.
- 4.- COMBS y Col.: Factores asociados con la hemorragia post-parto con el parto vaginal. California-San Francisco. Departamento de Ginecología y Obstetricia. 1991.
- 5.- CANALES H. de y otros.: Metodología de la Investigación OMS Y OPS. 2a Reimpresión, 1989.

- 6.- LAWRENCE C. Kolb.: Psiquiatría clínica. México. 5a Edición. 1976.
- 7.- MONGRUT S.: Tratado de Obstetricia. Lima - Perú. 1978. Tomo I. Pág 332.
- 8.- NISWANDER y Col.: Manual de Obstetricia EE.UU. 1991. 3a Edición. Pág 297 y 464.
- 9.- PACHECO ROMERO: Obstetricia. Lima-Perú. 4a Edición. 1993.
- 10.- PRITCHARD, Jack.: Willians Obstetricia. España. Editorial Salvat, S.A. 3a Edición. 1986. Pág 900.
- 11.- PSCHYREMBEL : Obstetricia Práctica. España. Edit. Walter Guryter y Col. 4a Edición. 1988. Pág 414.
- 12.- SCHWARCZ, R y Col.: Obstetricia. Buenos Aires Argentina. Editorial El Ateneo S.A. 4a Edición. 1986. Pág 602.
- 13.- U.N.M.S.M.: Ginecología I, Ginecología II. Lima-Perú. 1992.

- 14.- VARNER,M.: Hemorragia Post-Parto. EE.UU. DEP. DE
OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA. Universidad del
Colegio de Medicina. 1992.
- 15.- VIDAL Alarcón: Psiquiatría. Buenos Aires. Editio-
rial. Panamericana. 1986. Pág. 538.

IX. ANEXOS

ANEXO N° 01: Aplicación de la distribución χ^2 (x^2)

RELACION ENTRE PARTO VAGINAL Y NUMERO DE DESGARRO
CERVICAL

PARTO VAGINAL	DESGARRO CERVICAL						TOTAL
	UNICO		DOBLE		TRIPLE		
Normal	11	10.94	03	3.13	1	0.94	15
Estimulado	18	18.23	06	5.26	1	1.56	25
Inducido	01	01.50	01	0.42	-	0.13	2
Instrumentado	03	2.18	-	0.625	-	0.18	3
Podálico	02	2.18	-	0.625	1	0.18	3
TOTAL	35		10		3		48

a) H_0 : " La Modalidad de parto vaginal es independiente del número de desgarro cervical".

H_1 : "La Modalidad de parto vaginal es dependiente del número de desgarro cervical".

$\alpha = 0.05$ (nivel de significancia)

b) Calcular:

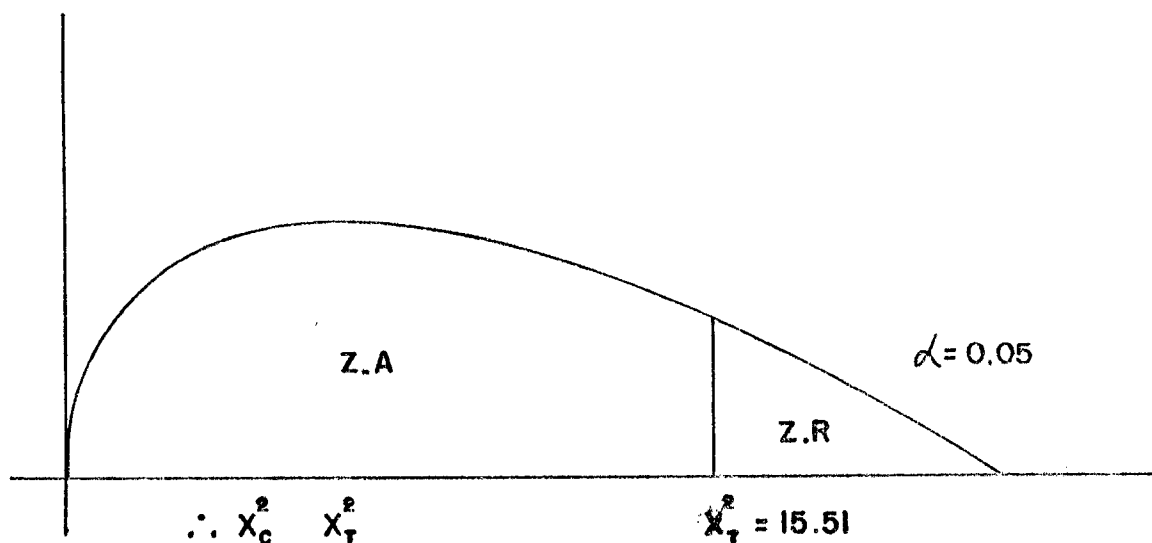
i)

$$\chi^2 = \frac{(11-10.94)^2}{10.94} + \dots + \frac{(1-0.18)^2}{0.18}$$

$$\chi^2_c = 6.3463$$

ii) $\chi^2_t = \chi^2_{0.05, (5-1)(3-1)} = \chi^2_{0.05, 8} = 15.51$

c) DECISION



Luego: No existe diferencia significativa es decir que el parto vaginal es independiente del número de desgarro cervical

ANEXO Nº 02

Tasa de morbilidad materna por desgarro cervical en el Hospital Regional de Loreto.

$$\text{Tasa de Morbilidad} = \frac{\text{Casos}}{\text{Población}} \times K$$

$$T_{nb} = \frac{48}{1287} \times K$$

$$T_{nb} = 0.037 \times 1000$$

$$T_{nb} = 37 \times 1000 \text{ partes vaginales}$$

La tasa de morbilidad nos indica que por C/1000 partos vaginales hay 37 púerperas inmediatas con desgarro cervical en el Hospital Regional de Loreto.

